

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

**"Conocimientos, actitudes y prácticas de embarazadas en control prenatal
relacionadas con salud oral y embarazo"**

Carla Andrea Arias Altamirano

Fadya Orozco, MD., Ph.D.

Director de Trabajo de Titulación

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito para la obtención del título de
Magister en Salud Pública.

Quito, 28 de octubre de 2016

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO DE POSTGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

**"Conocimientos, actitudes y prácticas de embarazadas en control prenatal
relacionadas con salud oral y embarazo"**

Carla Andrea Arias Altamirano

Fadya Orozco, MD., Ph.D.

Director del Trabajo de Titulación

Fadya Orozco, MD., Ph.D.

Directora del Programa de Salud Pública

Johanna Monar, DDS, MPH

Lectora del Trabajo de Titulación

Jaime Ocampo, MD., Ph.D.

Decano de la Escuela de Salud Pública

Hugo Burgos, Ph.D.

Decano del Colegio de Posgrados

Quito, 28 de octubre de 2016

© Derechos de autor

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: _____

Nombre: Carla Arias

Código de estudiante: 00114108

C. I.: 1713573952

Lugar, Fecha: Quito, 28 de octubre de 2016

DEDICATORIA

A mi esposo e hija, que son el amor infinito y desmedido que me impulsa cada día a seguir adelante; a mis padres que con su ejemplo de sabiduría me han guiado en todo momento y han apoyado todo proyecto que he emprendido; a mis hermanas quienes con su ejemplo de tenacidad, esfuerzo y lucha fueron mi ejemplo para culminar este trabajo.

A todo el personal de salud que integra el equipo de atención a la mujer embarazada, y cuyo objetivo es brindar una atención de calidad y calidez. De especial manera, al personal de Odontología, cuyo afán es mantener una buena salud oral durante el embarazo y que se transmita al niño recién nacido, prevenir complicaciones en el embarazo y tratar a tiempo si fuera el caso.

A las mujeres en gestación, con el propósito de generar nuevos conocimientos sobre los cuidados orales durante la gestación, y romper mitos y miedos causados por generaciones a través del tiempo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios en primer lugar por permitirme renacer con el nacimiento de mi hija y voltear mi mirada hacia él para culminar con éxito este proyecto, esta Maestría, donde encontré grandes y sabios maestros; amistad, amigos y ahora colegas; gracias a mis padres por enseñarme que después del esfuerzo viene la recompensa; gracias a mi esposo, por ser quién cada día me animó a terminar este trabajo cuando yo, ya no tenía fuerza; y como no agradecer a mi Tutora, Dra. Fadya Orozco, mi guía académica, quién fue el pilar de este trabajo, y que con su paciencia y muchas veces con duras palabras, me fue enseñando en el camino, y logramos alcanzar este triunfo. Gracias a mi maestra y lectora, Dra. Johanna Monar, por su apoyo, ánimo y enseñanza.

Gracias a mis padres y a mis hermanas, que a pesar de la distancia siempre estuvieron presentes de corazón.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación analiza los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres embarazadas que acuden a su control prenatal en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, y que además acuden a control odontológico; y relaciona éstos conocimientos, actitudes y prácticas con la situación socio-demográfica de las participantes, para entender su influencia en la aparición de patologías orales como caries y enfermedad periodontal, más frecuentes en estado de gestación.

Considerando que en nuestra cultura y sociedad aún existen creencias que limitan la práctica de acudir a la atención odontológica durante la gestación, ya sea por miedo o molestias inherentes al tratamiento dental, o por miedo a que le pase algo al bebé, la odontología en la mujer embarazada está muy restringida, atentando de esta forma contra la salud oral de la embarazada, que es tan importante en el período gestacional.

Este estudio transversal analítico inferencial, se realizó en agosto-septiembre de 2015 en Consulta externa Odontológica del Hospital Isidro Ayora, aplicando una encuesta que fue antes validada, la misma que investigó aspectos como: 1) Datos sociodemográficos; 2) Conocimientos sobre embarazo y salud oral; 3) Actitudes sobre la atención odontológica durante el embarazo; y 4) Acciones prácticas de salud oral en el embarazo.

Los resultados más relevantes indican que las mujeres embarazadas conocen qué es la caries, saben cómo prevenir la misma con el uso de cepillo, pasta dental y enjuague bucal; confiarían en el tratamiento odontológico si observaran sangre en sus encías, siendo así que estarían dispuestas a realizarse una limpieza bucal estando embarazadas. Sin embargo, acudirían al dentista por derivación de su ginecólogo, sólo cuando hay dolor y siempre que no haya riesgo para la madre o el bebé; además que la mayor proporción de las mujeres presentaron un promedio de 4 caries, considerado por la OMS como moderado a alto; y todas las participantes presentaron enfermedad periodontal.

En conclusión el conocimiento, actitudes y prácticas en salud oral de las mujeres embarazadas en esta etapa, se ve influenciada por factores sociodemográficos, pudiendo favorecer los controles odontológicos en el embarazo, no obstante, la promoción de la salud oral aún tiene que fortalecerse.

PALABRAS CLAVE: embarazo, embarazo y salud oral, caries y embarazo, gingivitis en el embarazo, conocimientos de salud oral, prácticas de salud oral y embarazo, CAPS en salud oral.

ABSTRACT

This research analyzes the knowledge, attitudes and practices of pregnant women attending prenatal care at the Obstetrics and Gynecology Hospital Isidro Ayora, and also attend dental checkup; and relate these knowledge, attitudes and practices with socio-demographic situation of the participants to understand their influence on the development of oral diseases such as caries and periodontal disease, more common in gestation.

Whereas in our culture and society there are still beliefs that limit the practice of going to dental care during pregnancy, either out of fear or vexation dental treatment, or fear that something happens to the baby, dentistry in pregnant woman is very restricted, thus attempting against the oral health of pregnant, which is so important in the gestational period.

This inferential analytical cross-sectional study was conducted in August-September 2015 outpatient Odontológica the Isidro Ayora Hospital, using a survey that was previously validated, which investigated the same aspects as: 1) Socio-demographic data; 2) Knowledge of pregnancy and oral health; 3) Attitudes about dental care during pregnancy; and 4) Practical actions of oral health in pregnancy.

The most relevant results indicate that pregnant women know what is decay, know how to prevent it using brush, toothpaste and mouthwash; They would rely on dental treatment if you observe blood in your gums, so they would be willing to be a dental cleaning done while pregnant. However, the dentist would come by referral from your gynecologist, only when there is pain and provided there is no risk to the mother or baby; also the highest proportion of women had an average of 4 caries, considered by WHO as moderate to high; and all participants had periodontal disease.

In conclusion knowledge, attitudes and practices in oral health of pregnant women at this stage, is influenced by socio-demographic factors, can promote dental checks in pregnancy, however, the promotion of oral health still needs to be strengthened.

KEY WORDS: pregnancy, pregnancy and oral health, tooth decay and pregnancy, gingivitis during pregnancy, knowledge of oral health, oral health practices and pregnancy, oral health CAPS.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	6
Abstract.....	7
Introducción	10
Revisión de la literatura	¡Error! Marcador no definido.3
Metodología y diseño de la investigación	23
Análisis de datos	27
Discusión.....	33
Recomendaciones y Conclusiones	39
Referencias	48
ANEXOS	50

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA #1. Características sociodemográficas de las mujeres embarazadas. Hospital Isidro Ayora, n=298.....	42
TABLA 2. Conocimientos de salud bucal en mujeres embarazadas. Hospital Isidro Ayora, n=298.....	43
TABLA 3. Actitudes en salud bucal de las mujeres embarazadas. Hospital Isidro Ayora, n=298.....	44
TABLA 4. Prácticas de salud bucal de las mujeres embarazadas. Hospital Isidro Ayora, n=298.....	45
TABLA 5. Características sociodemográficas y prácticas de salud oral en mujeres embarazadas. Hospital Isidro Ayora.....	46
TABLA 6. Otras características sociodemográficas y prácticas de salud oral en mujeres embarazadas. Hospital Isidro Ayora.....	47
TABLA 7. Número de caries y conocimiento de caries. Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.....	47

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación analiza los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres embarazadas que acuden a su control prenatal en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, y que además acuden a control odontológico.

La norma de atención a la mujer embarazada del Ministerio de Salud Pública indica que, cuando las mujeres acuden al control prenatal la atención médica debe ser integral, lo que quiere decir que las mujeres embarazadas deben recibir entre otras, también atención odontológica durante la gestación; sin embargo, ya sea por desconocimiento, accesibilidad, situación económica o falta de información, la mayoría de las mujeres no acuden al dentista estando embarazadas, sino cuando es urgente y no hay riesgo para el embarazo o el bebé; además es importante recalcar que otra de las causas por las que no acudan al odontólogo, es el temor que tienen a la atención dental, y que le ocurra algo al bebé.

Este trabajo de investigación identifica el nivel de conocimientos que tienen las mujeres embarazadas, sobre salud oral, y sus actitudes y prácticas de salud bucal para prevenir patologías orales relacionadas al embarazo como la caries o la enfermedad periodontal. Por otro lado, relacionar los conocimientos, las actitudes, las prácticas, la situación demográfica entre sí, para entender su influencia en las mujeres embarazadas.

JUSTIFICACION

La relación entre el embarazo y la caries no es bien conocida, aunque todas las investigaciones permiten sospechar que el aumento de las lesiones cariosas de las embarazadas se deben a un incremento de los factores cariogénicos locales como higiene deficiente y cambios en los hábitos dietéticos. Es importante señalar que los cambios fisiológicos durante el embarazo son los responsables directos de los cambios a nivel bucal especialmente en encías y dientes. Por esta razón mantener la salud bucal de la madre servirá para tener un bebé sano, una gestación saludable, responsable y evitar complicaciones durante este período.

Se debe considerar que en nuestra cultura y sociedad aún existen creencias que limitan la práctica de acudir a la atención odontológica durante la gestación, ya sea por miedo o molestias inherentes al tratamiento dental, siendo así que la odontología en la mujer embarazada está muy restringida en nuestro medio, atentando de esta forma contra la salud oral de la embarazada, que es tan importante en el período gestacional.

Tanto profesionales (gineco-obstetras y odontólogos) como pacientes desvalorizan la prioridad de una atención odontológica, sabiendo que cada vez hay más evidencia de que la mala salud oral durante el embarazo puede tener un impacto en la salud y el bienestar de la madre y del bebé (George, 2010). Las investigaciones continúan demostrando una fuerte relación entre los resultados de una deficiente salud oral materna y problemas en el embarazo como, preeclampsia, gingivitis gravídica con prevalencia desde un 25 a 100% en las poblaciones estudiadas (mujeres embarazadas entre 20 a 30 años), úlceras inespecíficas, granuloma piógeno, nacimientos prematuros, bebés con bajo peso al nacer, situación que es un problema de salud pública tanto para países desarrollados como para aquellos en desarrollo. La mala salud oral de la madre también puede aumentar el riesgo de caries de la primera infancia, que es la enfermedad crónica más común de la infancia (George, 2010).

Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas que las mujeres embarazadas tienen sobre su salud oral permitirá proponer acciones preventivas referentes a la Salud Bucal de las embarazadas acorde a la realidad que vive esta población, y también evidenciará la importancia que las gestantes le dan a la Salud Bucal.

Por lo tanto reconociendo la importancia de una atención esmerada para conservar la salud de la madre y su bebé, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador exige la atención estomatológica como parte del protocolo de atención gineco obstétrica a todas las embarazadas que acuden a control prenatal en sus unidades operativas.

REVISION DE LA LITERATURA

Los conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral en mujeres embarazadas que inciden e influyen en la salud bucal durante este período, ha sido poco estudiado en el país, evidenciándose así con la prevalencia de patologías orales relacionadas con la falta de atención dental en este grupo poblacional de riesgo.

La atención estomatológica de la gestante requiere una vigilancia permanente, pues suceden en ella cambios bucales dependientes de los que suceden en su organismo y que son resultado de un conjunto de factores que influyen en la salud bucal, por lo que la promoción de la misma durante este período es particularmente importante (Bastarrechea, 2009; Sotomayor, 2012). Aspectos críticos son los relacionados con las prácticas de higiene, la percepción respecto a la importancia del cuidado de la salud oral, y los conocimientos que la embarazada tenga respecto a aspectos vinculados a la salud bucal como: alimentación, profilaxis dental, higiene (Perona, 2011).

El control odontológico durante el embarazo es de suma importancia, sin embargo, muchas veces se pasa por alto; lo recomendable sería acudir desde el primer control prenatal donde por lo general no existe ninguna contraindicación, y tomando en cuenta el criterio profesional (Guallpa, 2013; Garbero, 2005; Sotomayor, 2012). Cabe mencionar que el número de controles prenatales odontológicos deben ser iguales a los controles ginecológicos prenatales, es decir mínimo cinco. La Normativa Materno Neonatal del Ministerio de Salud Pública del Ecuador señala que el examen odontológico de una mujer embarazada debe ser desde la primera consulta independientemente de la edad gestacional (MSP, 2007), ésta primera visita es una excelente oportunidad para dar pautas de cuidado generales pero además enseñar a la mujer embarazada a realizar una adecuada higiene bucal (Dowswell, 2010).

Con respecto a los conocimientos, para Sotomayor (2012), el 64% de las mujeres embarazadas que acuden a un hospital público en el Perú, tienen un nivel de conocimiento sobre medidas preventivas “bueno”, sin embargo el 12% de las mujeres embarazadas tienen un conocimiento sobre enfermedades bucales y gestación en relación a la atención odontológica “malo”. Por otro lado, independientemente del nivel de instrucción, las mujeres embarazadas muestran un nivel de conocimientos insuficiente sobre salud oral durante el embarazo (Garbero, 2005); mientras que en un estudio realizado por Hall (2015), el 55% de mujeres embarazadas en la ciudad de San Francisco, tuvo conocimiento sobre prevención y salud oral bueno o excelente durante el embarazo.

Los conocimientos relacionados con la salud oral en la embarazada se basan en cómo las condiciones socioeconómicas terminan clasificando a las personas con mejor poder adquisitivo, con empleo y con mejores posibilidades de acceder a los conocimientos, como es el caso de temas relativos a la salud oral de las gestantes. El nivel de conocimientos también depende del nivel de escolaridad alcanzado, tomando en cuenta que el nivel de escolaridad es estructural y el acceso al conocimiento en salud oral se relaciona con el modo de vida (Corchuelo, 2012).

Las mujeres gestantes que acuden al Servicio de odontología, saben que la caries, el sangrado de las encías y otras patologías como la halitosis, pueden afectar la salud oral de la madre y el recién nacido (Corchuelo, 2012; Dowswell, 2010). Gran número de patologías que provocan morbi-mortalidad tienen relación con el nivel de instrucción y los hábitos de la población, es por eso que la promoción de hábitos saludables es una de las medidas que mejor puede contribuir a la mejora de la esperanza y calidad de vida (Garbero, 2005).

En tiempo pasado existían dudas respecto a si la atención dental durante el embarazo era favorable o no, generando que los tratamientos odontológicos se posterguen para después del parto, pensando que la atención dental podría alterar el desarrollo del bebé o provocar algún

daño para la madre (Chacón, 2014). Para otros autores, una mujer embarazada puede recibir cualquier tipo de tratamiento odontológico, y en cualquier etapa de la gestación, siempre y cuando se analice riesgo-beneficio para la paciente y el bebé, además tomando en cuenta que el cuarto y sexto mes de embarazo son los de menor riesgo (Garbero, 2005; Sotomayor, 2012).

El deficiente nivel de conocimiento acerca de la salud bucal, unido a los factores de riesgo predominantes de deficiente higiene bucal y el consumo de la dieta cariogénica llevan a la presencia de enfermedad bucal en las embarazadas; la gingivitis, afección estomatológica más frecuente seguida por la caries dental (Yer, 2013).

Cuando se refiere a las actitudes, Saldarriaga y cols. (2004), muestran en su trabajo cómo las gestantes no consultan al odontólogo a pesar de las molestias, por no darle importancia o por falta de tiempo. Saddki y cols.(2010), y Thomas, reportan que el temor al dolor, la ansiedad y la situación económica de la mujer durante su embarazo influyen en su asistencia a la consulta odontológica. Mientras que Córdova y cols.(2007), lo relacionan con el nivel de conocimiento en salud oral y el nivel educativo de las mujeres.

Hay que considerar que la manipulación de la zona bucal, provoca en los pacientes, diversos grados de aprensiones y ansiedades, siendo habitual que las personas mencionen que la visita al odontólogo es una de las atenciones en salud que más miedo les provoca (Guallimba, 2011).

Por otro lado los hábitos, creencias y motivaciones de cada individuo durante la gestación pueden llegar a ser muy representativos e influyentes en el desarrollo de la condición oral ligadas a la percepción de susceptibilidad, severidad y beneficios que posee cada gestante (Renjifo, 2009). La gestación ha sido rodeada de una serie de tabúes y creencias alrededor de la salud bucal de la embarazada que se van transmitiendo generación tras generación. Es

común escuchar en nuestras pacientes que el embarazo "descalcifica los dientes", "enferma las encías", "que cada embarazo cuesta un diente" etc. También existen creencias y prácticas que relegan los cuidados estomatológicos debido a las molestias que ocasiona el tratamiento y los temores que existen a su alrededor relacionados a los daños que pudiera ocasionar al bebé (Sierra, 2008)

Los diferentes grupos etáreos en mujeres embarazadas no es un factor predictivo para asistir a la consulta dental, sin embargo existe una gran relación con conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral y el riesgo en el consumo de azúcares, siendo la proporción de menores de edad con conocimientos calificados como buenos y creencias y prácticas favorables a la salud oral menor si se compara con los demás grupos de edad, por lo que se requiere enfatizar en acciones educativas que oriente e informen la creación de ambientes favorables para la salud bucal (Corchuelo, 2012).

El nivel de cultura de la mujer embarazada es importante al momento de promover la salud oral, puesto que la mujer asume la atención odontológica como una obligación con miras a garantizar la salud de su hijo, más que como un tratamiento que puede redundar en su beneficio (Concha, 2013).

En relación con las prácticas bucales en mujeres embarazadas, el autocuidado de la salud oral es una práctica que se adquiere en la medida en que las personas modifican su percepción del valor de la salud y que deben adquirirse desde niños (Bastarrechea, 2009).

Las prácticas saludables, como la frecuencia en el cepillado dental, la frecuencia en el cambio de cepillo y el uso de seda tienen una relación significativa en aquellas madres que asisten a la consulta odontológica, puesto que al calificar las prácticas en una escala de 1 a 5, el 83% de ellas realizan prácticas aceptables (calificación igual o mayor a cuatro) y además se relacionan con el acceso a odontología (Corchuelo, 2012; Dowswell, 2010).

Debido a cambios fisiológicos que sufre el sistema circulatorio o el sistema nervioso durante la gestación (irritabilidad, cansancio, ansiedad, somnolencia) se producen síntomas de hipoglucemia como sensación de hambre, náuseas, mareos, sudoración, entre otros; debido a esto el organismo de la mujer embarazada siente la necesidad de consumir azúcares de absorción rápida como miel, gelatinas, caramelos, chocolates, tartas, pasteles, etc; los mismos que son asimilados rápidamente por el organismo y elevan el nivel de azúcar en la sangre. La dieta relacionada con riesgo de caries (consumo frecuente de bebidas ricas en carbohidratos, chicles y caramelos o confites) en el embarazo, es significativa debido al consumo de una dieta no saludable en una población pobre, por lo tanto se encuentra que las gestantes tienen mayor riesgo de dieta cariogénica (Corchuelo, 2012).

La Organización Mundial de la Salud propone dentro de un abordaje de prevención de salud oral que las personas incrementen el control sobre su salud oral y poder mejorarla, para lo cual hay que considerar aspectos culturales, sociales y económicos.

Izaguirre (2010) refiere que para llegar a cumplir con la estrategia propuesta existen varias teorías, por ejemplo una de ellas es la que se fundamenta en la modificación de comportamientos en salud, cuyo modelo de conocimientos, actitudes y prácticas -CAP-, se basa en los conocimientos previos, las actitudes o motivaciones ante determinada situación, y sus prácticas o conductas. Sin embargo, las campañas educativas dirigidas a la mujer embarazada que promueven la importancia y la seguridad de la atención odontológica necesaria a pesar de ser importantes no son suficientes; por el contrario aquellas estrategias de intervención que abordan el contexto socio-económico que impulsa el buen estado de salud oral y comportamientos adecuados, tienen mayor resultado (Chung, 2014).

Además, la búsqueda de la atención dental y el aprovechamiento de la misma son influenciados por factores a nivel personal, profesional y ambientales que incluyen: recursos

financieros, acceso a los servicios, tipo de seguro de salud, necesidad de atención, percepción de la importancia de la salud oral, disponibilidad de la atención, conocimiento de atención prioritaria a la embarazada. Por lo tanto, los esfuerzos para aumentar la concurrencia a la atención dental durante el embarazo debe abordar el cambio en estos niveles ya que las mujeres embarazadas limitan la atención dental a una emergencia (Chung, 2014).

Guallimba (2011) señala que en todas las etapas, es muy importante que la mujer embarazada amplíe su higiene oral, cepillándose todos los días, utilizando hilo dental y de ser posible cepillos interproximales, y usando enjuague bucal. La higiene bucal deficiente en la gestante pudiera aparecer como resultado de la disminución de la frecuencia del cepillado por malestar general y náuseas (Perona, 2011).

Por otro lado, Bastarrechea (2009), indica que el grupo de mayor incidencia con patologías orales como la caries y enfermedad periodontal, son mujeres embarazadas en edad fértil (29%), es decir entre 20 y 30 años de edad; y que además los hábitos influyen significativamente en la aparición de dichas enfermedades.

Lisa Chung (2014) en su estudio sobre las Disparidades sociodemográficas y factores de comportamiento en salud oral, señala que el embarazo marca un momento de cambios fisiológicos significativos en todo el cuerpo, que pueden exacerbar la inflamación gingival en respuesta a irritantes como placa bacteriana, causando "gingivitis del embarazo" en el 60-70% de las mujeres, y que aumenta de gravedad en el segundo mes de embarazo, alcanzando un máximo en el octavo mes.

Muchos profesionales de la salud (enfermeras, auxiliares de enfermería, obstetras, médicos de familia) no incorporan de forma rutinaria en la atención médica temas de salud bucal, y mucho menos la referencia en el momento adecuado hacia el profesional odontólogo. Los profesionales y prestadores de atención prenatal pueden desempeñar un papel importante en la

sensibilización sobre la importancia de la salud bucal durante el embarazo y eliminación de barreras para el cuidado de la salud oral, identificando factores de riesgo para la enfermedad oral y haciendo una referencia oportuna (Junie, 2011; Stacey, 2016). Sin embargo odontólogos y auxiliares de odontología, son los profesionales idóneos para brindar capacitación, prestar atención dental de mujeres embarazadas, incluyendo la prevención y la promoción de salud oral en este período (Stacey, 2016).

PROBLEMA

Según últimos datos reportados en el año 2014 en el Hospital Isidro Ayora, el 80% de las mujeres embarazadas que acuden a su control prenatal presentan caries y el 90% presentan periodontopatías, registrándose un 20% de ausentismo a las citas programadas, lo cual puede deberse a varios factores como el miedo, la falta de conocimiento sobre salud bucal durante el embarazo o de enfermedades orales que se pueden presentar en este periodo, la condición socioeconómica, o simplemente por la creencia de que una mujer embarazada no puede recibir atención dental.

Se debe reconocer en el Ecuador la existencia de diferencias regionales, sociales, económicas, culturales, educacionales.

Es importante mencionar que existe un incremento de embarazos en mujeres adolescentes y en las que se observan patologías orales similares a las de las mujeres adultas en edad fértil.

Tanto las mujeres embarazadas adultas como las adolescentes, que acuden al Hospital para su control prenatal, son remitidas al Servicio de Odontología desde otros Servicios que participan en la atención integral de la mujer embarazada, con la particularidad de que éstas pacientes son referidas al Hospital desde un nivel de atención de salud de menor complejidad.

Es importante mencionar que existe un número reducido de pacientes que acuden a Odontología en forma voluntaria, siendo inclusive muchas de las atenciones emergencias odontológicas.

HIPOTESIS

El estado de salud bucal de las mujeres embarazadas que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora está influenciado por sus conocimientos, actitudes y prácticas.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué conocimientos, actitudes y prácticas tienen las mujeres embarazadas que acuden a control prenatal del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, respecto a la salud oral, y de qué manera esto influye en su estado de salud bucal?

OBJETIVOS

General

Explorar los conocimientos actitudes y prácticas de las mujeres embarazadas que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, a fin de entender su relación con su salud bucal, y poder contribuir a la revisión y desarrollo de protocolos en salud oral para el Servicio de odontología del hospital, en el período agosto-septiembre 2015.

Específicos

- Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral durante el embarazo que tienen las mujeres que acuden al control odontológico prenatal a través de la aplicación de una encuesta.
- Determinar la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres embarazadas que acuden a control odontológico prenatal; y el estado de salud bucal.

METODOLOGÍA

Diseño y tipo de estudio

Estudio transversal analítico inferencial, que se realizó durante el período del 3 de agosto al 30 de septiembre de 2015 en el Servicio de Consulta externa Odontológica del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.

Localidad

El Hospital, ubicado en la ciudad de Quito, zona centro norte, es una unidad operativa de tercer nivel con atención especializada y personalizada en Ginecología, Obstetricia, Neonatología. Forma parte del sistema de referencia y contrareferencia a nivel nacional, atendiendo a más de 11000 usuarias por año sin costo directo (gasto de bolsillo) por la atención. Cuando se requiere de exámenes de laboratorio, exámenes radiográficos o cualquier otro examen complementario se realiza en la misma institución sin costo alguno, exceptuando casos o exámenes especiales; la medicación también es gratuita. Las pacientes que acuden a este Hospital son de escasos recursos económicos, y son referidas desde un nivel de menor complejidad y según el protocolo de atención.

Población

El número de participantes en este estudio fue de 300 mujeres embarazadas, la muestra fue a conveniencia, considerando el número de pacientes que son atendidas diariamente en consulta externa en Ginecología por primera vez, las participantes fueron captadas de forma personalizada en el momento que acudieron al control prenatal en la primera visita al Odontólogo. Las pacientes fueron abordadas mientras esperaban su turno en la sala de espera, e invitadas a participar en este estudio explicándoles los beneficios, ventajas y riesgos del mismo. Fueron excluidas las mujeres embarazadas con discapacidad física o mental, las mujeres embarazadas con enfermedad sistémica añadida, con patologías como diabetes,

hipertensión arterial, enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo en el momento de la consulta, dado que por su naturaleza podrían acentuar los signos y/o síntomas propios de salud bucal durante el embarazo, y aquellas gestantes que no aceptaron participar. El reclutamiento y selección de las participantes así como la aplicación de la encuesta diariamente fue realizada por la investigadora principal Carla Arias, y dos profesionales odontólogas quienes laboran como odontólogas en el área de consulta externa del hospital.

Procedimiento de colecta de datos

Previo a la aplicación del cuestionario, se realizó una prueba en campo, a fin de asegurar validez y confiabilidad del instrumento. Esta prueba se llevó a cabo en un hospital gineco-obstétrico de similares características, pero de dependencia municipal en Quito a 30 mujeres embarazadas entre 15 y 35 años de edad, que acudieron a consulta prenatal Ginecológica por primera vez, o a consulta odontológica por primera vez. La prueba de campo fue aplicada por estudiantes del quinto nivel de la carrera de enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, quienes fueron capacitados previamente por la investigadora principal antes de la aplicación de la misma con la finalidad de estandarizar conceptos.

El cuestionario aplicado fue construido en base a estudios previos (Izaguirre, 2012; Oral Health Care During Pregnancy Expert Workgroup, 2012; Huntley, 2005), uno de ellos en población similar a la del estudio (Izaguirre, 2012). La encuesta tuvo 29 preguntas abiertas y cerradas, los aspectos que se investigaron fueron: 1) Datos sociodemográficos; 2) Conocimientos sobre embarazo y salud oral; 3) Actitudes sobre la atención odontológica durante el embarazo; y 4) Acciones prácticas de salud oral en el embarazo. La encuesta fue aplicada por la investigadora principal y dos odontólogas que trabajan en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, a cada una de las participantes en tiempo estimado de 10 minutos aproximadamente. Adicionalmente las profesionales realizaron una observación clínica odontológica sobre el estado bucal de caries y enfermedad periodontal registrando los datos

en la historia clínica única de odontología. Para el número de caries se analizó el total del índice CPO (cariados, perdidos y obturados), que es un indicador de salud bucal y sus valores expresan un fenómeno irreversible como lo es la caries dental. El índice grupal resulta del promedio de la población estudiada que en este caso son mujeres embarazadas (Izaguirre, 2010). Para determinar si había enfermedad periodontal, se observó la presencia de placa bacteriana y sangrado gingival a la exploración clínica con un explorador dental.

La aprobación ética fue dada a través del Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito y de la misma forma las pacientes fueron informadas sobre el objetivo y los fines de este estudio, mediante el consentimiento oral informado al momento que decidieron participar en el estudio libre y voluntariamente.

Variables

Se recopilaron *datos sociodemográficos* tomando en cuenta variables como lugar de residencia, misma que fue dicotomizada como: urbana y rural; la edad en años como una variable dicotomizada en un rango entre 15 a 24 años y de 25 a 35 años; el tiempo de gestación, categorizada como primer, segundo o tercer trimestre; el estado civil categorizada en soltera, casada y/o unida y divorciada; el nivel de educación categorizada como: primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa y universitaria; la ocupación, variable categorizada como estudiante, quehaceres domésticos (QQDD) y otras según respuestas similares; el tiempo de gestación como pregunta abierta y paridad considerada variable categórica abierta.

Las variables que daban cuenta del *conocimiento* fueron: conocimiento sobre la caries, dicotomizada como si y no; en caso de que mencionaba que "si", se solicitaba a través de una pregunta abierta, explicar la definición de la misma. Otras preguntas fueron: cómo se previene la caries en el embarazo, categorizada como: con el uso de cepillo, pasta dental y enjuague bucal, lavarse los dientes una vez al día u otros; la siguiente pregunta averiguaba las razones

por las que se pierden los dientes durante el embarazo, variable categorizada como: por no acudir al dentista, porque el bebé le quita el calcio a la madre u otros; otra pregunta fue investigar las razones por las que las encías se inflaman en el embarazo, variable categorizada como: porque la madre está débil, hay mayor producción hormonal o porque la madre tiene náuseas; otra pregunta investigaba si sabe qué tratamientos dentales durante el embarazo dañan al bebé, variable dicotomizada como si y no; cuando respondían que "si" se solicitaba que indiquen qué tratamientos; y para finalizar este ítem, se preguntó qué piensa cuando se le hace la limpieza dental, siendo ésta una variable categórica abierta.

Las preguntas que identificaban las *actitudes* de las mujeres embarazadas sobre salud oral durante la gestación fueron: Cuándo necesitaría ir al dentista durante el embarazo, variable categorizada como: una sola vez, cuando el ginecólogo le indica o cuando hay dolor; otra pregunta era qué hace cuando le sangran las encías en el embarazo, variable categorizada como: nada, confiaría en el dentista para el tratamiento o cepillarse más veces al día; la siguiente pregunta identificaba cuándo se realizaría un tratamiento odontológico durante el embarazo, variable categorizada como: si no hay riesgo con el embarazo, después del embarazo o sólo si es urgente; la pregunta sobre si se haría una limpieza dental durante el embarazo, era una variable dicotomizada en si y no, y en el caso de responder "no" debía indicar la razón; y la última pregunta se refería a cuál sería la reacción si vería sangre cuando se cepilla los dientes, variable categórica abierta.

Las preguntas que evaluaron las acciones *prácticas* de salud oral en el embarazo fueron: qué hace cuando le duelen los dientes, variable categorizada como: tomar una pastilla para el dolor, consultar a su ginecólogo o ir al dentista; otra pregunta cuestionaba si ha visitado al dentista estando embarazada, variable dicotomizada en si y no; en cualquiera de los casos debía además explicar cuándo y el por qué respectivamente; la siguiente pregunta era cuándo fue la última vez que visitó al odontólogo, variable categorizada como: hace un año, hace seis

meses o más, hace una semana o en el último control prenatal; otra pregunta consultaba qué tratamiento dental se ha realizado en este embarazo, variable categorizada en: extracción dental y/o Rx, profilaxis, calzar una muela o ninguno; otra pregunta averiguó qué utiliza para la higiene bucal, variable categorizada como: cepillo dental, pasta y enjuague bucal o cepillo y pasta dental; la siguiente pregunta fue con qué frecuencia cambia el cepillo dental, variable categorizada como: una vez cada seis meses, cada dos meses o cuando ya no sirve; la pregunta cuántas veces al día se cepilla los dientes, es una variable que fue categorizada como: una vez al día, después de cada comida, dos veces al día o nunca; la siguiente pregunta sobre cuáles son sus alimentos favoritos, es una variable categórica abierta; y la última pregunta fue cuándo tuvo su última limpieza dental, variable categórica abierta.

A través de la observación clínica se obtuvo dos variables: La variable caries que fue dicotomizada como número de caries < 4 y > 4 ; para la construcción de esta variable se consideró el promedio del índice CPO-D según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (Izaguirre, 2010) que considera a partir de 4.4 como moderado y alto. Y la variable enfermedad periodontal, que fue dicotomizada como si o no, dependiendo de la presencia de placa bacteriana y sangrado gingival.

Procedimiento de Análisis

El total de encuestas para el análisis fue de 298, ya que 2 participantes decidieron no terminar el llenado de las mismas, la información fue analizada a través del paquete estadístico SPSS versión 22.

Sobre los datos, se crearon nuevas variables categóricas a partir de variables cuantitativas, por ejemplo la variable edad y la variable caries. Posteriormente se realizaron análisis descriptivos de frecuencias simples y porcentajes para cada una de las variables. Se aplicó pruebas de χ^2 para explorar la relación entre bloques de variables, y entre variables de un mismo bloque; en los casos en que la frecuencia fue < 5 , se realizó el Test de Fisher; en todos los casos el

valor de significancia aceptado fue \leq a 0,05. Los análisis realizados entre variables fueron: conocimientos y actitudes; conocimientos y prácticas; actitudes y prácticas; características sociodemográficas con conocimientos y prácticas; y por último conocimientos y presencia de caries.

RESULTADOS

Con respecto al lugar de residencia la mayor parte de las encuestadas (95,3%) vive en zona urbana, el mayor porcentaje (70,2%) corresponde a mujeres que se encuentran entre 15 y 24 años, y cursan el primer y segundo trimestre de gestación (86,6%); la mitad de las mujeres están casadas y/o unidas (50,7%). El mayor porcentaje (56,7%) de las participantes no han terminado la secundaria, su ocupación está referida a los quehaceres domésticos, y la mayor proporción de las mujeres no tienen otros hijos (69,1%). (Ver tabla 1).

En referencia a los conocimientos de salud bucal en el embarazo la mayor proporción de las pacientes (91,9%) dice saber qué es la caries (Ver tabla 2), al preguntar la definición de caries, el 86% de las mujeres respondió adecuadamente que es una enfermedad contagiosa, causada por bacterias presentes en boca que dañan los dientes, provocando dolor y que puede llevar a perder el diente (información no consta en tablas). En cuanto a la prevención de la caries en el embarazo el 90,3% de las pacientes encuestadas responden correctamente que el uso de cepillo, pasta dental y enjuague bucal son preventivos para la caries. En cuanto a las razones por las cuales se pierden los dientes en el embarazo el 77,9% de las mujeres piensa que el bebé le quita el calcio a la madre y un 16,4% responde que se pierden los dientes porque no acude al dentista. Respecto a los tratamientos odontológicos que se pueden realizar durante el embarazo y que dañan al bebé, el 85,2% de las encuestadas desconoce, mientras que el 14,8% de las mujeres supo indicar que los tratamientos de mayor riesgo son las extracciones y el uso de anestesia principalmente (Ver tabla 2). Cabe recalcar que para un alto porcentaje de participantes (81,2%) la limpieza de los dientes ayuda a mantenerlos sanos y mejora la higiene, pero para un 14% de las mujeres la limpieza dental no significa ni aporta nada, y para un 4% este procedimiento es malo para el embarazo (información no consta en tablas).

Analizando las respuestas según su actitud el 88,3% de las encuestadas acude al odontólogo cuando su médico ginecólogo le indica, un 7,7% lo hace una vez durante el embarazo y en

menor porcentaje (4%) cuando tiene dolor. Respecto a la actitud en salud bucal las mujeres embarazadas cuando le sangran las encías, muchas de las encuestadas (79,5%) confía en el dentista para su tratamiento, confirmando que su actitud sería acudir al profesional médico y/o odontólogo (41%); el 23,1% de las mujeres actuaría con preocupación y el 14,7% no haría nada (Ver tabla 3). Al preguntarle si se realizarían un tratamiento dental durante el embarazo el 76,8% se lo haría sólo si no hay riesgo, frente a un 16,4% que se lo haría sólo si es urgente (Ver tabla 3). Al preguntar si la paciente estaría dispuesta a realizarse una limpieza dental durante el embarazo el 97% de las participantes contesta positivamente, sin embargo aquellas que responden con un No (3%) refiere miedo y que le puede pasar algo al bebé (Ver tabla 3).

En cuanto a las prácticas de salud bucal durante el embarazo, al preguntar qué hace cuando le duelen los dientes, el 83,2% de las mujeres embarazadas iría al dentista y el 14,4% consultaría a su médico ginecólogo (Ver tabla 4). Es importante resaltar que el 68,5% (Ver tabla 4) de las encuestadas sí ha visitado al odontólogo durante el embarazo, y las que no lo han hecho mencionan que no lo creían importante o no sabían que debían ir al dentista (información no consta en tablas). Así mismo es relevante recalcar que el 55,4% de las mujeres visitaron al odontólogo en el último control prenatal sin embargo un gran porcentaje (16%) no ha ido al odontólogo hace un año. Por otro lado, el tratamiento odontológico que mayormente (46%) se realizaron fue el de operatoria dental, seguido por el de profilaxis (26,2%), pero un buen porcentaje (25,8%) no se realizó ningún tratamiento (Ver tabla 4). En cuanto a la higiene bucal, el 69,8% de las mujeres embarazadas utiliza cepillo y pasta dental, al preguntar con qué frecuencia cambia de cepillo dental el 66,4% de mujeres lo hace cada dos meses, y al preguntar cuántas veces se cepilla los dientes en el día el 51% de participantes lo hace después de cada comida (Ver tabla 4). El 25% de las mujeres embarazadas mantiene en su dieta algún carbohidrato o dulce, y el restante mantiene una dieta variada y con frutas (información no consta en tablas).

Relación entre conocimientos y actitudes

Las mujeres embarazadas que saben qué es la caries (92,3%), respondieron también que saben cómo prevenir la caries en el embarazo usando cepillo, pasta dental y enjuague bucal. Las mujeres embarazadas (2,9%) que saben qué es la caries dental se cepillan los dientes al menos una vez al día frente a aquellas que no saben qué es la caries (25%) y se cepillan al menos una vez al día ($p=0,000$) (información no consta en tablas). No se encontró relación con las otras variables.

Al relacionar los conocimientos con las actitudes las variables con las que se encontró significancia ($p=0,000$) fue entre las mujeres embarazadas que necesitarían ir al dentista durante el embarazo y aquellas que saben cómo se previene la caries en el embarazo, donde el mayor porcentaje de las mujeres (90,7%) irían al dentista cuando el ginecólogo le indica y en menor porcentaje sólo cuando hay dolor (2,6%) (información no consta en tablas). No se encontró relación con las otras variables.

Relación entre actitudes y practicas

Al cruzar las actitudes con las prácticas de salud oral, todas las mujeres embarazadas independientemente de la frecuencia del cepillado, sí confiaría en el dentista para su tratamiento cuando le sangren las encías durante el embarazo, ($p=0,001$); en tanto que, la mayor proporción de mujeres embarazadas, se realizarían cualquier tratamiento dental durante el embarazo "sólo" si no hay riesgo, mientras que en menor proporción lo harían después del embarazo o sólo si es urgente, esta relación fue estadísticamente significativa ($p=0,046$) (información no consta en tablas).

Relación entre características sociodemográficas y prácticas

En la relación entre las características sociodemográficas y las prácticas, el 69,7% de las participantes que viven en zona urbana sí visitaron al dentista durante el embarazo, mientras que el 57,1% de las mujeres que viven en zona rural no acudieron al dentista en este período;

siendo esta relación significativa ($p=0,038$). Así mismo, 17,7% de las participantes no ha visitado al dentista en esta etapa durante el primer trimestre, mientras que un 70% de las participantes tampoco ha visitado algún dentista estando embarazadas en el tercer trimestre de gestación. Todas las mujeres embarazadas independientemente del tiempo de gestación prefieren en mayor porcentaje (42,7%) calzarse una muela y en menor porcentaje (2,1%) hacerse una extracción dental y/o Rx, siendo esta diferencia de porcentajes significativa ($p=0,006$) (Ver tabla 5).

Por otro lado, todas las participantes independientemente de su educación utilizan cepillo y pasta dental para lavarse la boca, sin embargo aquellas mujeres que tienen una educación universitaria (45,1%) utilizan además enjuague bucal (Ver tabla 6).

Estado de salud bucal

Al cruzar la variable número de caries con todas las variables que daban cuenta de las características sociodemográficas, los conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral en el embarazo; el 32,5% de las participantes sí conoce qué es la caries y tienen más de 4 caries en boca, siendo esta relación significativa ($p=0,030$) (Ver tabla 7).

En tanto que la enfermedad periodontal estuvo presente en el 100% de las participantes.

DISCUSION

Las mujeres embarazadas siendo un grupo de riesgo y de atención prioritaria deben mantener un control de atención prenatal integral, incluyendo por lo tanto la atención odontológica, puesto que la gestación ha sido rodeada de una serie de tabúes y creencias alrededor de la salud bucal de la embarazada que se van transmitiendo generación tras generación.

La investigación revela que el mayor porcentaje de las mujeres que viven en zona urbana visitaron algún dentista estando embarazadas; se encuentran en un rango de 15 a 24 años, están dentro de las 24 semanas de edad gestacional, y no han terminado su educación secundaria; datos que se corroboran con el estudio de Concha (2013) donde se evidenció que el 91.4% de las mujeres gestantes que viven en zona urbana tuvieron sus debidos controles prenatales. Así mismo, Fuentes (2009) indica en su estudio que las embarazadas poseían en promedio 21.4 años de edad, 11.7 años de escolaridad y 22.6 semanas de gestación, además observó un mayor número de personas (69,23%) de origen urbano con atención odontológica. Por lo que resulta importante mencionar que las mujeres embarazadas acuden al Odontólogo durante el primer y segundo trimestre de gestación, donde existe el menor riesgo posible a la hora de hacer un tratamiento dental, tomando en cuenta las características fisiológicas de cada mujer y si el caso lo amerita.

En lo que respecta a conocimientos de salud bucal en mujeres embarazadas, la investigación refleja que poco más de la mitad conoce sobre salud bucal, prevención y razones por las que se pueden perder los dientes durante la etapa de gestación. Córdoba (2007) establece que un 66% de mujeres embarazadas tienen un conocimiento regular similar a Pardo (2008), Rodríguez (2002) y Correa (2006) que encontraron que el 60 % de las gestantes poseían conocimiento regular; en la investigación se deduce que las mujeres embarazadas tienen un conocimiento regular, ya que coincide el hecho de que al preguntar si las mujeres saben qué es la caries, respondieron que sí, sin embargo al preguntar la definición de caries no todas

respondieron correctamente. De la misma forma, la mayoría de participantes considera que para prevenir la caries en el embarazo, se debe utilizar el cepillo dental, pasta dental y enjuague bucal; sin embargo, hay quienes piensan que el bebé les quita el calcio durante la gestación y por ende se pueden perder los dientes. Garbero y cols. (2005) han señalado que las personas creen que durante el embarazo es esperable la pérdida de piezas dentales. Existe una idea errónea entre la gestación e incremento de caries y pérdida de dientes, muchas pacientes expresan "con cada niño se pierde un diente.....", "el uso de anestesia,...." (Garbero, 1997; Garbero, 2005). Sotomayor (2012) señala con respecto al conocimiento sobre gestación y atención odontológica, que persisten ideas erradas como que la futura mamá no puede recibir atención odontológica "porque el uso de anestesia puede afectar la gestación" reportando un 40 %, presentando resultados similares encontrados por Rengifo (2009), Yalcin (2002) y Santana (2004) confirmando el desconocimiento y temor sobre lo relacionado con la gestación y la atención odontológica. Además, es común escuchar en nuestras pacientes que el embarazo "descalcifica los dientes", "enferma las encías", "que cada embarazo cuesta un diente" etc. También existen creencias y prácticas que relegan los cuidados estomatológicos debido a las molestias que ocasiona el tratamiento y los temores que existen a su alrededor relacionados a los daños que pudiera ocasionar al bebé (Sierra, 2008).

Es importante recalcar que las principales técnicas de higiene oral para prevenir la caries y la enfermedad periodontal son las mecánicas, es decir el uso de cepillo e hilo dental, más que las químicas como los enjuagues bucales, que actúan como auxiliares del cepillo y del hilo ayudando a disminuir los síntomas de alguna patología según su composición; aquellos enjuagues bucales que contienen flúor serán utilizados para prevención de caries, y aquellos con compuestos de clorhexidina ayudan en el tratamiento periodontal. Sin embargo, no todos los enjuagues son antisépticos, existen aquellos que eliminan temporalmente el mal aliento

dejando un sabor agradable; y existen aquellos enjuagues terapéuticos que además de una sensación agradable contiene algún ingrediente activo. (Bascones, 2002)

Respecto a las actitudes sobre salud oral en mujeres embarazadas, la mayoría de las participantes menciona que acude al odontólogo cuando su ginecólogo la remite y que sí confiaría en el dentista para sus tratamientos, mientras que en menor porcentaje lo ha hecho una vez durante el embarazo y cuando hay dolor. Sierra (2008) en un estudio realizado en México, menciona que se encontró una impresionante falta de interés de las gestantes en el tratamiento odontológico y se observó que la mayoría sólo acudía en casos de urgencias; resultados similares reporta Rodríguez (2002) donde solamente el 20 % de las embarazadas acudieron a la consulta odontológica. Así mismo (Sierra, 2008), menciona que en las mujeres embarazadas hay poco interés por recibir la atención odontológica, ya que en la consulta de captación de embarazadas estas son remitidas por su médico a la consulta estomatológica y sin embargo en su mayoría no acuden a los servicios. Es importante resaltar que la falta de conocimiento y/o los tabúes relacionados con la práctica odontológica durante el embarazo, sí influyen en la atención dental, por lo tanto todos los profesionales de la salud que tienen contacto con la embarazada deben tener el conocimiento suficiente sobre la necesidad de remitir hacia la consulta dental a una mujer en período de gestación; por otro lado, se debe lograr el empoderamiento sobre la importancia de acudir al odontólogo y mantener los controles bucales durante el período gestacional en mujeres embarazadas.

La investigación indica que las prácticas en salud oral de las mujeres embarazadas, en su mayoría acudirían al odontólogo si le duelen los dientes, sin embargo un gran número de ellas no ha ido al dentista hace un año; Gaffied y cols (2001) indican que las mujeres en período gestacional no buscan la atención odontológica a no ser que presenten algún problema; por lo que se puede hablar entonces que las visitas al odontólogo durante el embarazo están limitadas a una urgencia. Por otro lado, con respecto a la dieta, la mayoría de las mujeres

consume carbohidratos o dulces, coincidiendo con Bastarrechea (2009) que indica en su estudio que las mujeres en gestación tienen un aumento del 42,4% en su ingesta de alimentos azucarados, por lo cual es más probable la aparición de caries; esto se debe a que los carbohidratos y los dulces en la dieta de una mujer embarazada son el sustrato para las bacterias que causan la caries, por lo tanto durante todo el período gestacional una mujer en gestación es susceptible a la aparición de caries.

En relación a los conocimientos con las actitudes la mayoría de las mujeres embarazadas acudirían al odontólogo cuando su médico (ginecólogo) le remite; corroborando estos datos en el estudio de Bastarrechea (2009) el cual señala que el 87.9% de las pacientes que acuden a consulta son remitidas por el médico de familia. Estos datos indican que los profesionales que tienen el primer contacto con las pacientes son quienes derivan a otros profesionales de la salud que también intervienen en el transcurso del período de gestación, siendo esto un aspecto positivo que determina una atención de salud integral prenatal adecuada de la mujer embarazada.

Cuando se relacionan las actitudes y las prácticas con respecto a la salud oral, las mujeres embarazadas confiarían en el odontólogo para el tratamiento de éstas enfermedades siempre y cuando no exista riesgo para el bebé. La evidencia indica que no existe ningún inconveniente en realizar tratamientos dentales durante el embarazo (Palma, 2009). Para Fuentes (2009), la población general, muchas veces explica patologías por creencias basadas en la cultura popular, las que son transmitidas culturalmente a través de generaciones. Dentro de estas se asume, por ejemplo, que el embarazo es causante de una serie de fenómenos en las mujeres, algunos de los cuales se perpetuarían, incluso, una vez que la gravidez ha concluido. Es así como existen creencias culturalmente construidas en torno al embarazo y la salud oral. La creencia que, debido a que los requerimientos de calcio del ser en formación en el vientre

materno, las mujeres desarrollarían caries dentales, se encuentra arraigada en diversas culturas.

Al analizar la prevalencia de caries y enfermedad periodontal, la investigación revela que el promedio del índice CPOD es de 4,2 (moderado a alto) y la presencia de enfermedad periodontal fue en el 100% de las participantes. Sierra (2008) explica que la prevalencia de la enfermedad periodontal en su estudio fue alta 87,3 %. Además, indica que los reportes estadísticos con relación a la prevalencia de enfermedad periodontal en el embarazo incluyen porcentajes que oscilan entre 30 % y 100 % en grados diversos, estudios como los de Ziskin y col. que estudiaron 416 gestantes, identificaron que un 38,9 % tenían alguna forma de gingivitis, Loe (1965) encontró que el 100 % de las mujeres tenían signos de inflamación gingival, Arafat (Ruiz, 2005) encontró 76,7 %, Bernard (Ruiz, 2005) 36 % de gingivitis que oscilaba de moderada a leve. Los datos de la investigación son similares a los datos antes mencionados, ya que indican que las mujeres embarazadas tienen una alta prevalencia de caries y de enfermedad periodontal, a pesar de que las participantes tienen un nivel regular de conocimientos así como de actitudes y prácticas de salud oral durante el embarazo.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Se encontraron algunas limitaciones en la investigación, una de ellas fue en la recolección de datos (tanto clínicos como de la encuesta), debido a que se lo hizo por tres profesionales odontólogas, sin embargo esto pudo sesgar la información debido al criterio profesional de cada una en el momento de diagnosticar el estado bucal de la paciente, específicamente al momento de evaluar el índice CPOD y la presencia de Enfermedad Periodontal.

La investigación tuvo la limitante en el tiempo, debido a que el estudio fue de dos meses y lo recomendable hubiera sido hacer el seguimiento de todas las participantes desde un inicio del embarazo para poder comparar en el tiempo tanto conocimientos, actitudes y prácticas en el embarazo antes de acudir al Odontólogo y luego de la visita al dentista; inclusive evaluar prácticas de salud oral postnatales. Por otro lado, hubiera sido importante comparar el estado de salud bucal al inicio y al final del embarazo, con el fin de identificar si el hecho de estar embarazada provocó la aparición de caries, obviamente junto a todos los demás factores que contribuyen a la aparición de la misma, y por otro lado, reconocer si las caries activas identificadas en el inicio del embarazo, aumentaron de gravedad e inclusive provocaron la pérdida del diente.

Hubiese sido conveniente tomar en cuenta además otras variables, como evaluar la técnica del cepillado dental y su relación con la presencia de placa bacteriana y enfermedad periodontal.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La mayoría de las mujeres embarazadas acudieron al control prenatal ya que se encontraban residiendo en zona urbana, lo que pudo haber facilitado su accesibilidad y traslado, además de que se encontraban en el primer y segundo trimestre de gestación.

El conocimiento de salud bucal en mujeres embarazadas, fue regular, lo cual pudo deberse al nivel educacional de la gran parte de las participantes que no terminaron la secundaria. Sin embargo, muchas participantes supieron referir adecuadamente cómo prevenir la caries durante el embarazo y la frecuencia de cepillarse los dientes diariamente las veces necesarias.

Se concluye que la gran mayoría de las participantes acudió al odontólogo en el último control prenatal, y que se ha realizado o está dispuesta a realizarse una profilaxis y/o una restauración; sin embargo todavía el miedo y las creencias generacionales son un factor importante en el momento de tomar la decisión para realizarse un tratamiento dental. Por lo tanto, las actitudes y las prácticas se ven influenciadas por la cultura y los mitos que tienen las mujeres embarazadas sobre la atención odontológica durante el período de gestación, inclusive es más importante la cultura médica prevalente que la odontológica, lo que termina provocando pocas derivaciones hacia el estomatólogo.

Las mujeres embarazadas siguen pensando que se debe acudir al odontólogo durante el embarazo sólo cuando hay dolor y si esa atención no implica riesgo para el bebé, por lo que se recomienda que todos los profesionales que intervienen en el proceso de atención de salud prenatal tengan conocimiento sobre la importancia del control odontológico durante el embarazo, las posibles complicaciones de no hacerlo, pero sobre todo los beneficios de

mantener una salud bucal adecuada durante el período gestacional, y la inocuidad de los procedimientos odontológicos.

A pesar de que las mujeres embarazadas tienen un nivel de conocimiento regular, según revela la investigación, muestran un promedio de 4.2 caries, lo cual según la OMS es un promedio moderado a alto, y revela que probablemente las pacientes tienen cierto conocimiento pero su actitud y su práctica realmente no son buenas, por lo tanto se recomienda reforzar las estrategias de Educación para la Salud Oral y Promoción y Prevención de Salud Oral en mujeres embarazadas que beneficien a este grupo prioritario y de esta forma acudan de manera voluntaria y con empoderamiento para mejorar su salud bucal.

De la misma forma la investigación muestra que la enfermedad periodontal se presentó en todas las mujeres embarazadas, hecho por el cual al ser las mujeres embarazadas un grupo de atención prioritaria, se recomienda mantener los controles odontológicos permanentes durante el embarazo y evitar complicaciones orales que afecten el mismo, tales como infecciones o caries que puedan provocar un daño irreparable del diente y termine siendo extraído, lo cual podría evitarse.

El presente estudio servirá como línea base para la elaboración de un Protocolo de Atención Odontológica en mujeres embarazadas que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora y que servirá de referencia bibliográfica para otros profesionales que forman parte de la atención integral de la embarazada. Los datos relevantes que se tomarán en cuenta serán datos sociodemográficos como el lugar de residencia y educación; cómo prevenir la caries durante el embarazo, si acudiría al dentista directamente o por remisión del ginecólogo, si estaría dispuesta a realizarse algún tratamiento dental durante

el embarazo, cuántas veces se cepilla los dientes durante el día, con qué frecuencia cambia el cepillo dental, y cuál es la dieta durante el embarazo. Este protocolo será utilizado por el personal del Servicio de Odontología del Hospital Isidro Ayora para atender a las mujeres embarazadas que acuden diariamente al control dental durante el embarazo, permitiendo optimizar recurso humano y tiempo en la atención odontológica de un grupo vulnerable como son las mujeres embarazadas; además, este protocolo estará disponible para todo personal que tiene atención directa con mujeres en gestación.

Existe evidencia científica que demuestra que las molestias originadas por los cambios en el embarazo se pueden evitar aplicando medidas preventivas y llevando a cabo programas permanentes de educación para el autocuidado (Garbero, 2005).

Se concluye entonces que desde el punto de vista odontológico es importante identificar a tiempo patologías orales como la caries o la enfermedad periodontal, que independientemente del estado de gestación de una mujer embarazada, podrían influir en el embarazo y en el futuro bebé. Es necesario recordar que la caries es una enfermedad contagiosa y por lo tanto las medidas de prevención son multifactoriales, es decir, se deben tomar en cuenta medidas de higiene bucal como: frecuencia del cepillado dental, técnica del cepillado dental, enjuague bucal antiséptico, uso adecuado del hilo dental, pasta dental fluorada, además de otros aspectos sistémicos como la dieta baja en azúcares, aspectos clínicos odontológicos como la colocación de sellantes de fosas y fisuras, y la colocación de flúor tópico. Así mismo, para prevenir la enfermedad periodontal hay que tomar en cuenta aspectos antes mencionados. Sin embargo, lo más importante es recordar que la atención dental de una mujer embarazada va articulada a todas las atenciones que debe tener una mujer en período prenatal, pasando de un enfoque curativo a un enfoque de promoción de salud oral y general.

TABLAS DESCRIPTIVAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres embarazadas. Hospital Isidro Ayora, n=298.

Variable	n	%
Lugar de residencia		
Urbano	284	95,3
Rural	14	4,7
Edad (años)		
15-24	209	70,2
25-35	89	29,8
Tiempo de gestación		
1er Trimestre	141	47,3
2do Trimestre	117	39,3
3er Trimestre	40	13,4
Estado civil		
Soltera	143	48
Casada/Unida	151	50,7
Divorciada	4	1,3
Educación		
Primaria incompleta	1	0,3
Primaria completa	22	7,4
Secundaria incompleta	146	49,0
Secundaria completa	78	26,2
Universitaria	51	6,0
Ocupación		
Estudiante	121	40,6
QQDD	151	50,7
Otras	26	8,7

Tabla 2. Conocimientos de salud bucal en mujeres embarazadas. Hospital Isidro Ayora, n=298.

Variable	n	%
¿Sabe qué es la caries?		
Sí	274	91,9
No	24	8,1
Cómo se previene la caries en el embarazo		
-Uso de cepillo, pasta dental y enjuague bucal	269	90,3
-Lavarse los dientes al menos una vez al día	19	6,4
-Otros	10	3,4
Razones por las cuales se pierden los dientes en el embarazo		
-Porque no acude al dentista	49	16,4
-Porque el bebé le quita el calcio a la madre	232	77,9
-Otras	17	5,7
Tratamientos bucales que dañan al bebé en el embarazo (n=44)		
-Extracciones	16	5,3
-Antibióticos	1	0,3
-Anestesia	12	4,0
Otros	15	5,2

Tabla 3. Actitudes en salud bucal de las mujeres embarazadas. Hospital Isidro Ayora, n=298.

Variable	n	%
Cuándo necesitaría ir al dentista durante el embarazo		
-Una vez durante el embarazo	23	7,7
-Cuando el ginecólogo le indica	263	88,3
-Cuando hay dolor	12	4,0
Qué hace cuando le sangran las encías en el embarazo		
-Nada	23	7,7
-Confiaría en el dentista para el tratamiento	237	79,5
-Cepillarse más veces	38	12,8
Cuándo se realizaría un tratamiento dental durante el embarazo		
-Si no hay riesgo con el embarazo	229	76,8
-Después del embarazo	20	6,7
-Sólo si es urgente	49	16,4
Se haría una limpieza dental durante el embarazo		
-Si	289	97,0
-No	9	3,0
Al ver sangre en el cepillo dental su reacción sería		
-Ninguna	44	14,7
-Acudir al profesional	122	41,0
-Preocupación	69	23,1
-Otras	63	21,1

Tabla 4. Prácticas de salud bucal de las mujeres embarazadas. Hospital Isidro Ayora, n=298.

Variable	n	%
Qué hace cuando le duelen los dientes		
-Tomar una pastilla para el dolor	7	2,3
-Consultar a su ginecólogo	43	14,4
-Ir al dentista	248	83,2
Ha visitado algún dentista estando embarazada		
-Si	204	68,5
-No	94	31,5
Cuándo fue la última vez que visitó un odontólogo		
-Hace un año	48	16,0
-Hace seis meses o más	57	19,2
-Hace una semana	28	9,4
-En el último control prenatal	165	55,4
Qué tratamiento dental se ha realizado en este embarazo		
-Exodoncia y/o Rx	6	2,0
-Profilaxis	78	26,2
-Calzar una muela	137	46,0
-Ninguno	77	25,8
Al lavarse la boca usted utiliza		
-Cepillo y pasta dental	208	69,8
-Cepillo dental, pasta y enjuague	90	30,2
Con qué frecuencia cambia de cepillo dental		
-Una vez cada seis meses	43	14,4
-Cada dos meses	19,8	66,4
-Cuando ya no sirve	57	19,2
Cuántas veces al día se cepilla los dientes		
-Una vez al día	14	4,7
-Después de cada comida	152	51,0
-Dos veces al día	132	44,3

Tabla 5. Características Sociodemográficas y Prácticas de salud oral en mujeres embarazadas. Hospital Isidro Ayora

	Lugar de residencia		Valor de p	
	Urbano	Rural		
Ha visitado algún dentista estando embarazada				
- SI	198 (69,7%)	6 (42,9%)	p=0,038	
- NO	86 (30,3%)	8 (57,1%)		
Cuando fue la última vez que visitó al dentista				
- Hace un año	42 (14,8%)	6 (42,9%)	p=0,043	
- Hace seis meses	32 (11,3%)	1 (7,1%)		
- Hace más de seis meses	22 (7,7%)	2 (14,3%)		
- En la última semana	28 (9,9%)	0 (0,0%)		
- En el último control prenatal	160 (56,3%)	5 (35,7%)		
	Tiempo de gestación			Valor de p
	1er Trimestre	2do Trimestre	3er Trimestre	
Ha visitado algún dentista estando embarazada				
- SI	116 (82,3%)	76 (65,0%)	12 (30,0%)	p=0,000
- NO	25 (17,7%)	41 (35,0%)	28 (70,0%)	
Cuándo fue la última vez que visitó al dentista				
- Hace un año	17 (12,1%)	22 (18,8%)	9 (22,5%)	p=0,021
- Hace seis meses	12 (8,5%)	12 (10,3%)	9 (22,5%)	
- Hace más de seis meses	11 (7,8%)	7 (6,0%)	6 (15,0%)	
- En la última semana	17 (12,1%)	8 (6,8%)	3 (7,5%)	
- En el último control prenatal	84 (59,6%)	68 (58,1%)	13 (32,5%)	
Qué tratamiento dental se ha realizado en este embarazo				
- Exodoncia y/o Rx	3 (2,1%)	2 (1,7%)	1 (2,5%)	p=0,006
- Profilaxis	44 (31,2%)	27 (23,1%)	7 (17,5%)	
- Calzar una muela	71 (50,4%)	53 (45,3%)	13 (32,5%)	
- Ninguno	23 (16,3%)	35 (29,9%)	19 (47,5%)	

Tabla 6. Otras Características Sociodemográficas y Prácticas de salud oral en mujeres embarazadas. Hospital Isidro Ayora

	Al lavarse la boca usted utiliza		Valor de p
	Cepillo dental, pasta y enjuague	Cepillo y pasta dental	
Educación			
- Primaria Incompleta	1 (4,5%)	21 (10,1%)	p=0,005
- Primaria Completa	0 (0,0%)	1 (0,5%)	
- Secundaria Incompleta	28 (35,9%)	50 (24,0%)	
- Secundaria Completa	38 (26,0%)	108 (51,9%)	
- Universitaria	23 (45,1%)	28 (13,5%)	

Tabla 7. Número de caries y conocimiento de caries. Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora

	¿Sabe qué es la caries?		Valor de p
	SI	NO	
Caries			
- Menos de 4	185 (67,5%)	11 (45,8%)	p=0,030
- Más de 4	89 (32,5%)	13 (54,2%)	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bastarrechea Milián, M., Fernández Ramírez, L. & Martínez Naranjo T. (2009). La embarazada y su atención estomatológica integral como grupo priorizado. Área de salud Moncada. *Revista Cubana de Estomatología*, 46(4), 1-6.
- Corchuelo J. (2013). Determinantes sociales y del estilo de vida en salud oral en el acceso a odontología de gestantes caleñas en el 2012. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(1), S170-S180.
- Cordova, JA., Bulnes, RM. (2007). Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes. Hospital de la mujer Villahermosa, Tabasco. *Horizonte Sanitario*, 6, 18-25.
- Díaz, L. & Castellanos, J. (2004). Lesiones de la Mucosa Bucal y comportamiento de la enfermedad periodontal en embarazadas. *Medicina Oral, Patología Oral, Cirugía Bucal*, 9(5), 430-437.
- Díaz Romero, RM., Martínez Sánchez, C., Vertiz Ramírez, J., Rodríguez Sandivar, M. (1988). Myths, prejudices and reality about dental treatment during pregnancy. A medical opinion. *Ginecol Obstet Mex*, 66, 507-511.
- Dowswell, T., Carroli, G., Duley, L., Gates, S., Gülmezoglu, AM. & Khan-Neelofur, D. (2010). "Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy". *Cochrane Database Syst Rev*.
- Fuentes, R., Oporto, G., Alarcón, A., Bustos, L., Prieto, R. & Rico, H. (2009). Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo. *Av. Odontoestomatol.*, 25(3), 147-54.
- Garbero, I. & Delgado A. (2005). Oral health in pregnant: knowledge and attitudes. *Acta Odontol.*, 43(2), 135-140.
- Izaguirre, J. A. (2010). "Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de las embarazadas que consultan al centro de atención permanente para pacientes ambulatorios (CENAPA) de Cobán Alta Verapaz y su relación con prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal". (Tesis inédita de Maestría). Universidad Rafael Lanídívar, Facultad de Ciencias de la Salud departamento de Postgrados. San Juan Chamelco, Guatemala.
- Lárez, L., Benavides, Y., Henríquez, Y. & Moreno, S. (2005). Lesiones bucales vistas en la embarazada. *Revista Obstétrica Ginecológica Venezolana*, 65(1).
- Perona, M. & Castillo, J. (2011). Importancia de la Salud Bucal Materno Infantil. *Revista Internacional de la Universidad Peruana Cayetano Heredia*, 48-53.

- Rengifo, H. (2009). Creencias acerca de la salud oral en gestantes en tres ciudades colombianas. *Revista de la Facultad de Odontología Univ.de Antioquia*, 20(2), 171-178.
- Saddki, N., Yusoff, A., Hwang, YL. (2010). Factors associated with dental visit and barriers to utilisation of oral health care service in a sample of neonatal mothers in Hospital Universiti Sains Malaysia. Biomed Central. Recuperado de : <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/75>. [Consultado el 1 de diciembre de 2012].
- Saldarriaga, OJ., Sánchez, M., Avendaño, L. (2004). Conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes vinculadas al programa de control prenatal. Medellín 2003. *Revista CES Odontología*, 17, 9-23.
- Sierra, C. & Llerandi, Y. (2008). Conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas. *Rev Cubana Estomatol*, 45(2), 1-6.
- Sotomayor, J., Reyes, S., Ochoa, J., Mallma, A., Correa, E., Arieta, J., Silva, M., Velásquez, W., Ayala, G. & Chiquiraihuaccha, V. (2012). Nivel de conocimiento en prevención de salud bucal en gestantes que se atienden en dos hospitales nacionales peruanos. *Revista Odontológica Sanmarquina*, 15(1), 10-13.
- Urban, E., Radnai, M., Novák, T., Gorzó, I., Pál, A. & Nagy, E. (2006). Distribution of anaerobic bacteria among pregnant periodontitis patients who experience preterm delivery. *Anaerobe*, 12(52), 7.
- Yiping, H., Ikegami, A., Bissada, N., Herbst, M., Redline, R. & Ashmead, G. (2006). Transmission of an uncultured *Bergeyrella* Strain from the oral cavity to amniotic fluid in a case of preterm birth. *J. Clin Microbiol*, 1475-1483.
- Huntley, D., Kanellis, M. & Weber, K. (2005). Dientes para los dos, El Embarazo y la Salud Oral Prenatal. Recuperado de <http://www.oralhealthkansas.org/pdf/DientesParalosDosFLIPCHART.pdf>
- Oral Health Care During Pregnancy Expert Workgroup. (2012). Oral Health Care During Pregnancy: A National Consensus Statement. Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center.

ANEXOS

Anexo 1

ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE SALUD ORAL DE LA EMBARAZADA

La presente encuesta busca conocer las ideas que ud. posee en relación a la salud bucal durante el embarazo. La presente encuesta está dirigida a mujeres embarazadas que acuden a un control prenatal y la información será utilizada para mejorar la atención de las usuarias en ésta institución.

I. DATOS GENERALES.

1. Lugar donde vive: Urbano () Rural ()
2. Edad: _____
3. Tiempo de gestación: Primer trimestre () Segundo trimestre () Tercer trimestre ()
4. Estado civil:
 Soltera _____
 Casada _____
 Unida _____
 Divorciada _____
 Viuda _____
5. Nivel educativo alcanzado:
 Ninguno _____
 Primaria completa _____
 Primaria incompleta _____
 Secundaria completa _____
 Secundaria incompleta _____
 Universitaria _____
8. Ocupación _____
9. ¿Cuántos meses de embarazo tiene? _____
10. Paridad _____

II. CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL

1. ¿Sabe usted que es la caries dental?

SI () Explique _____

NO ()

2. La embarazada puede tener caries dental por:

- a) Cepillarse los dientes todos los días
- b) No ir al dentista mientras está embarazada
- c) Usar pasta y cepillo dental

3. La caries dental en el embarazo se previene con:

- a) El uso de cepillo, pasta dental y enjuague bucal
- b) Dieta rica en azúcar
- c) Lavarse los dientes una vez al día

4. ¿Por qué se pierden los dientes durante el embarazo?

- a) Porque no acude al dentista
- b) Porque hay mayor producción de hormona progesterona
- c) Porque el bebé le quita el calcio a la madre

5. ¿Por qué se inflaman las encías durante el embarazo?

- a) Porque la madre está débil
- b) Porque hay mayor producción hormonal de progesterona
- c) Porque la madre tiene náuseas

6. ¿Sabe usted si el tratamiento de enfermedades bucales durante el embarazo dañan a su bebe?

SI () Por qué _____

NO () Por qué _____

Cuáles tratamientos? _____

7. ¿Le gustaría saber qué hacer para evitar que se desarrollen caries o alguna otra enfermedad en la boca durante su embarazo?

Si ()

No () Por qué _____

8. ¿Qué piensa usted que sucede cuando el dentista le hace la limpieza de sus dientes? _____

III. ACTITUD

1. Durante el embarazo usted necesita ir al dentista para que le den tratamiento en sus dientes y encías:

- a) Sí, sólo una vez durante el embarazo
- b) Sí porque el ginecólogo le indica que debe ir al dentista
- c) Sólo cuando hay dolor

2. Si le sangran las encías durante su embarazo cuando se cepilla o come algún alimento, usted:

- a) No haría nada, porque esperaría que se le pase
- b) Confiaría en el dentista para que le den tratamiento
- c) Pensaría en no cepillarse los dientes hasta que no sangren nuevamente las encías

3. Si durante el embarazo hay que realizar un tratamiento dental, usted se lo haría:

- a) Durante el embarazo si no hay riesgo
- b) Después del embarazo
- c) Sólo si es urgente

4. ¿Estaría dispuesta a hacerse una limpieza dental durante el embarazo?

Si ()

No () Por qué?

5. ¿Le gustaría saber qué hacer para evitar que se desarrollen caries o alguna otra enfermedad en la boca durante su embarazo?

Si ()

No () Por qué?

6. ¿Ha mirado bien en un espejo sus dientes y sus encías? _____

7. ¿Cuál sería su reacción si viera sangre cuando se cepilla? _____

IV. PRÁCTICAS

1. ¿Evita comer algún alimento porque le produce dolor de dientes?

Si () Por qué?

No ()

2. Si le duelen los dientes durante el embarazo, usted:

- a) Se toma una pastilla para el dolor de muela
- b) Le consulta a su ginecólogo/a
- c) Visita al dentista

3. ¿Durante el embarazo ha visitado usted al dentista?

- a) En cada control del embarazo
- b) Sólo una vez en todo el embarazo
- c) No porque es peligroso

4. ¿Cuándo fue la última vez que visitó al dentista?

- a) Hace seis meses
- b) En la última semana
- c) En el último control prenatal

5. ¿Qué tratamiento dental le han realizado durante el embarazo?

- a) Extracción de un diente o muela
- b) Limpieza o profilaxis
- c) Calzar una muela
- d) Tomar una radiografía de algún diente o muela

6. Cuando se lava la boca, usted utiliza:

- a) Gasa y pasta dental
- b) Cepillo dental, pasta dental y enjuague bucal
- c) Cepillo y pasta dental

7. ¿Cada qué tiempo cambia usted el cepillo dental?

- a) Una vez cada seis meses
- b) Cada dos meses
- c) Hasta cuando ya no sirve

8. ¿Cuántas veces al día se cepilla usted los dientes?

- a) Una vez al día
- b) Después de cada comida
- c) Nunca

9. ¿Cuáles son sus alimentos favoritos?

10. ¿Cuándo tuvo su última limpieza dental?

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN